

# 워싱턴주 Apple Health 보충 보험 신청서

## Washington Apple Health Supplemental Form

(장기요양/노인, 맹인, 장애자를 위한 보험혜택 신청서 사용)

일반 정보			
이름	중간 이니셜	성	ACES 수혜자 ID 번호
생년월일 (월/일/년)		사회보장번호(SSN):	
<p>본인/배우자/가족 성원은 다음을 신청합니다.</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 노인, 맹인 또는 장애자를 위한 건강보험혜택</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> HWD(Healthcare for Workers with Disabilities)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 메디케어 세이빙스 프로그램</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 호스피스 간병</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 재택 간병 서비스(In-Home caregiver services)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 노인보조시설(Assisted Living)/성인 패밀리 홈(Adult Family Home)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 요양원 간호(Nursing Home care)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 아동/가족 의료시설 치료(병원/CLIP)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 의료비 도움(지난 3개월간 의료비)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 발달 장애 행정 서비스</div> </div>			
<p>지난 30일 동안에 다른 주, 부족 또는 다른 기관으로부터 건강보험혜택을 받았습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>귀하나 가족 성원 중에 누군가가 보증인을 둔 이민자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 이민자: _____</p> <p>귀하나 가족 성원 중에 누군가가 군 복무를 한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 이민자: _____</p> <p>귀하나 가족 성원 중에 누군가가 군 복무자로서 (현존 또는 사망한) 부양 가족 또는 배우자를 두고 있습니까?  <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>귀하와 함께 살지 않는 사람으로서 귀하의 신청서에 포함시키지 않은 소득공제 부양가족이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요          '예'일 경우: 소득공제 부양가족의 이름: _____ 생년월일: _____ SSN: _____</p> <p>본인은 다음에 해당합니다. <input type="checkbox"/> 미혼자(싱글) <input type="checkbox"/> 배우자가 있는 기혼 <input type="checkbox"/> 배우자와 별거 중인 기혼자 <input type="checkbox"/> 이혼자  <input type="checkbox"/> 과부/홀아비 <input type="checkbox"/> 등록 동거관계에 있음 <input type="checkbox"/> 합법적으로 별거</p>			

소득정보				
본인, 본인의 배우자 또는 가족 성원 중에 다음 출처 중 한 곳으로부터 소득을 받고 있습니다.				
	소득 수령자	총 월소득	소득 수령자	총 월소득
신택		\$		\$
산업재해(L&I) 수당 또는 보험		\$		\$
아동양육비		\$		\$
판매 계약/약속 어음		\$		\$
선물(현금지원/ 상품권)		\$		\$
기타		\$		\$

귀하, 귀하의 배우자 또는 가족 성원 중에 투자연금 수입을 받는 사람이 있습니까?\*  예  아니요

연금 주인	회사 또는 업체	금액 또는 가치	월소득	구매일자
		\$	\$	
		\$	\$	

\*귀하 또는 귀배우자에게 연금 이자가 있고 워싱턴주 Apple Health(메디케이드) 장기요양보호혜택을 수락한 경우는 워싱턴주를 연금 잔여 수익자로 기재해야만 합니다.



### 주택 정보

본인은 월주거비(임대비, 모기지, 콘도미니엄 비용 또는 재산세)를 지불합니다.  예  아니요.  
 '예'일 경우 월지불금: \$ \_\_\_\_\_

### 자산(장애 근로자를 위한 헬스케어(Healthcare for Workers with Disabilities)만을 신청하는 경우는 다음 항목으로 가십시오.)

자산이란 귀하의 모든 소유물 또는 매매, 교환 또는 현금화할 수 있는 구매품 또는 다른 사람이 갖고 있는 귀하의 돈 등을 들 수 있습니다. 자산에는 가구 또는 의복 등 개인 소모품 등은 포함되지 않습니다. 다음을 자산으로 취급할 수 있습니다.

현금	뮤추얼 펀드	주택, 현재 살고 있는 집 포함	생명 보험
당좌예금구좌(Checking account)	주식	장레비	선지급 장레플랜
보통예금구좌(Savings account)	연금	콘도미니엄	학자금
예금증서(CD)	신탁	토지	타임쉐어(Time-share)
머니마켓구좌	IRA	판매 계약	사업 장비
저축채권	401K	건물	농장 장비
증권	퇴직 금	종신 부동산	가축

### 귀하, 귀배우자 또는 귀하가 혜택을 신청하는 사람 중에 소유하고 있는 또는 구매 중인 자산을 아래에 기재하십시오.

자산	소유주	소유지	가치	소유주	소유지	가치
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람 중에는 자동차, 트럭, 밴(van), 보트, RV, 트레일러 또는 기타 모터 운송 수단을 갖고 있습니다.

연도(예: 2010)	제조사(예: FORD)	모델(예: ESCORT)	리스한 경우 체크요	의료용으로 사용하는 경우 아래에 체크요	차량 납입 잔금
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

**추가 장기요양 보호자산 질문 (LTC 서비스를 신청하는 경우만 작성할 것)**

본인, 본인의 배우자 또는 본인이 신청해 주는 가족 성원이 주요 거주지로 집을 소유 또는 구매 중인 사람이 있습니다.

자산 주소	(세액 사정자에 따른) 현행 가치	자산에 대한 대출금
	\$	\$
	\$	\$

본인, 제 배우자 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람이 지난 5년 내 자산을 판매, 교환했거나 남에게 주었거나 양도했습니다(신탁, 차량 또는 종신 부동산 포함).  예  아니요 '예'일 경우, 해당 자산: 날짜:

자산 유형	양도일	양도 자산 가치	양도인
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

**장기요양보험(메디케어 세이빙스 프로그램에는 필요치 않음)**

본인/우리에게는 장기요양보험이 있습니다.  예  아니요 이 보험이 유효 LTC Partnership 보험약관입니까  예  아니요  
 '예'일 경우 보험회사 이름과 가입자들을 기재하십시오.

보험회사	보험약관 번호	보험계약자 이름	보험 수익자(가입자)	가치(LTCP일 경우)
				\$
				\$
				\$

**공제금**

본인, 제 배우자 또는 제가 신청하는 가족 성원은 다음을 지불합니다 또는 지불해야 합니다(모든 해당사항에 체크요).

	월지불금	지불하는 사람
아동 또는 성인 가족 부양비	\$	
법원에서 명령한 아동양육비	\$	
수취인 수수료	\$	
보호자 비용	\$	
법원에서 명령한 변호사 비용	\$	
발생 의료비(메디케어 또는 귀하가 지불한 기타 건강보험료)	\$	

본인, 본인의 배우자 또는 제가 신청하는 가족 성원은 의료비를 지불해야 합니다.

의료비 유형	발생일	잔금	지불해야 하는 사람
		\$	
		\$	
		\$	

본인은 장애 근로자이며 일을 수행하는데 드는 지출비가 있습니다. 이러한 지출비를 장애관련 근로 비용(IRWE)이라고 합니다.

예  아니요. '예'일 경우 지출 금액 \$ \_\_\_\_\_

**먼저 자세히 읽고 서명하십시오.**

**건강보험혜택 및 장기요양보호혜택에 대한 환불:**

55세 이상으로서 워싱턴주 Apple Health(메디케이드) 또는 장기요양보호 서비스를 받을 경우 보건국(HCA)은 법에 의거해 귀하에게 제공되었던 건강보험혜택, 의료서비스 및 장기요양보호서비스(워싱턴주 Apple Health(메디케이드) 퍼스널 케어 서비스 포함)의 비용을 HCA에 환불하기 위해 귀하의 자산(사망시 소유한 자산)을 회수할 수 있습니다. 메디케어 세이빙스 프로그램에 의해 지불된 메디케어 비용 부담금은 자산 회수에서 제외됩니다. HCA는 주정부 기금으로 제공한 장기 요양 보호 서비스 비용을 연령에 상관없이 회수할 수 있습니다. 이를 일명 자산 회수라고 합니다. 부족 토지는 자산 회수에서 제외합니다.

장기요양보호서비스에는 COPES, 워싱턴주 Apple Health(메디케이드) 퍼스널 케어, 요양원 서비스, 성인 일일 건강, 개인 간호 및 4가지 발달 장애 행정국(DDA) 및 홈 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 웨이버 즉, Basic, Basic Plus, Core 및 Community Protection(커뮤니티 보호) 외 홈 및 커뮤니티 서비스와 발달 장애 행정국에서 제공한 기타 서비스 등이 포함됩니다.

자산 회수는 귀하가 사망하기까지, 배우자가 있을 경우 배우자가 사망하기까지 발생하지 않습니다. 부양 상속인이 있으면 여러가지로 심히 곤란한 형편에 처해 있을 경우 자산회수를 늦출 수 있습니다.

요양원(nursing home)이나 기타 의료시설에 영구적으로 거주하는 경우 HCA는 귀하에게 제공된 의료지원, 의료서비스 및 장기요양보호서비스 비용을 환불받기 위해 귀하의 자산을 상대로 선취특권을 설정해 놓을 수 있습니다. HCA는 귀하가 집으로 귀가하는 경우 설정해 놓은 선취특권을 해제합니다. 다음에 해당할 경우 HCA에서 귀하의 집을 상대로 선취특권을 설정하지 않습니다.

- 배우자가 귀하의 집에 살 경우
- 귀하의 집에 살고 있는 자녀가 맹인, 장애인 또는 21세 이하일 경우
- 귀하의 집에 살고 있는 귀하의 형제/자매가 그집에 대해 순가 이권(equity interest)을 갖고 있고 귀하가 해당 시설에 입소하기 바로 전에 최소한 1년간 그 집에서 살았을 경우.

**행정심의회권리**

귀하의 건강보험혜택 또는 장기요양보호 서비스에 대한 당국의 결정에 동의하지 않을 경우 행정 심의회 절차를 통해 항소를 할 권리가 있습니다. 또한, 이의가 제기된 결정 또는 조치에 대해 감독관 또는 행정관에게 재검토를 요청할 수 있으며, 이러한 귀하의 요구는 행정 심의회에 대한 귀하의 권리에 아무런 영향을 주지 않습니다.

**선언 및 서명**

본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 워싱턴 주법 아래 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 본 혜택을 신청하는 사람의 시민권 및 이민 신분 정보를 포함하여, 본인이 이 신청서에 제공한 정보가 정확하고 진실하며 본인이 아는 바를 제공했음을 선언합니다.

신청인 또는 신청인이 위임한 대리인의 서명

날짜 \_\_\_\_\_

신청인 또는 신청인이 위임한 대리인의 이름(정자체로 기입)